

Spazio riservato a
timbro e sigla del
soggetto
attuatore/esecutore

Spazio riservato a
timbro e sigla del
soggetto ospitante

Spazio riservato a
timbro e sigla
dell'Ufficio regionale
competente



REGIONE BASILICATA

**Direzione Generale per lo Sviluppo Economico, il Lavoro
e i Servizi alla Comunità**

**Avviso Pubblico GOL N. 1/2022 (Percorso 2 Upskilling – Percorso 3 Reskilling) -
Richiesta autorizzazione avvio progetto iscritto nella Sezione speciale del CUR
denominata “Programma GOL”**

Catalogo Unico Regionale (CUR)

Registro delle Presenze Stage (RP)

Tipo di finanziamento PNRR

**Denominazione
progetto**

Qualificazione

CUP n.

**Percorso formativo/
Anno**

**Soggetto
attuatore/esecutore**

Soggetto ospitate

Dati partecipante

**Totale Ore
(Stage / EP)**



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Ministero del Lavoro
e delle Politiche Sociali



Agenzia Nazionale Politiche Attive del Lavoro



REGIONE BASILICATA



Garanzia Occupabilità Lavoratori

Spazio riservato all'Ufficio regionale competente

Registro composto da n. ____ pagine.

Vidimato dall'Ufficio regionale competente in data _____ da _____.



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Pagina presenze n. ____/____

Data:	Attrezzature e strumenti utilizzati	Firma tutor soggetto ospitante
Attività svolte:		
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
Dalle ore: _____ alle ore: _____	Totale ore effettuate: _____	
Firme partecipante Entrata _____ Uscita _____	Note	
_____	_____	
_____	_____	

Data:	Attrezzature e strumenti utilizzati	Firma tutor soggetto ospitante
Attività svolte:		
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
Dalle ore: _____ alle ore: _____	Totale ore effettuate: _____	
Firme partecipante Entrata _____ Uscita _____	Note	
_____	_____	
_____	_____	

Data:	Attrezzature e strumenti utilizzati	Firma tutor soggetto ospitante
Attività svolte:		
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
Dalle ore: _____ alle ore: _____	Totale ore effettuate: _____	
Firme partecipante Entrata _____ Uscita _____	Note	
_____	_____	
_____	_____	

Data:	Attrezzature e strumenti utilizzati	Firma tutor soggetto ospitante
Attività svolte:		
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
Dalle ore: _____ alle ore: _____	Totale ore effettuate: _____	
Firme partecipante Entrata _____ Uscita _____	Note	
_____	_____	
_____	_____	

--	--	--

Firma Responsabile del percorso formativo e
timbro del soggetto attuatore/esecutore

Firma legale rappresentante e
timbro del soggetto ospitante

Riepilogo finale

Mese/Anno	Periodo	N. Ore effettuate
____ / ____	Dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)	
____ / ____	Dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)	
____ / ____	Dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)	
____ / ____	Dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)	
____ / ____	Dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)	
____ / ____	Dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)	
____ / ____	Dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)	
____ / ____	Dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)	
____ / ____	Dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)	
____ / ____	Dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)	
____ / ____	Dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)	
____ / ____	Dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)	
Totale ore effettuate		____ / ____

Firma tutor soggetto attuatore/esecutore

Firma tutor soggetto ospitante

Firma Responsabile del percorso formativo e
timbro del soggetto attuatore/esecutore

Firma legale rappresentante e
timbro del soggetto ospitante
